

SUOMEN C- HEPATIITTISTRATEGIA 2017–2019

KUVAILEHTI

| | |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Julkaisija | Päivämäärä |
| Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö | 21.11.2016 |
| Tekijät | Toimeksiantaja |
| Tartuntatauti- ja neuvottelukunta, alatyöryhmä | Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö |
| | HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä |

Muiston nimi
Suomen C-hepatiittistrategia 2017–2019

Tiivistelmä

■ Suomessa on todettu yhteensä lähes 30 000 C-hepatiitti tartuntaa. C-hepatiittistrategian tarkoituksena on tehostaa tartuntojen ennaltaehkäisyä ja luoda suuntaviivat testaus ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi koko maassa sekä saattaa tartunnan saaneet kattavasti seurannan ja hoidon piiriin. Strategian pitkän aikavälin tavoitteena on kaikkien C-hepatiitin kantajien hoito maksavaurion asteesta riippumatta uusien tartuntojen rajoittamiseksi.

Suomessa todetaan vuosittain yli 1100 C-hepatiittitartuntaa

C-hepatiitti on maksatulehdus, jonka aiheuttaa hepatiitti C -virus (HCV). Tartunta saadaan yleisimmin suonensisäisten huumeiden yhteiskäytön seurauksena. Pitkällä aikavälillä krooninen C-hepatiitti aiheuttaa maksan sidekudoksen lisääntymistä ja johtaa pahimmillaan kirroosiin ja maksan vajaatoimintaan, sekä altistaa maksasolusyövälle.

Uusia HCV-tapauksia ilmoitetaan tartuntatautirekisteriin vuosittain noin 1 150. Tapauksia on vuodesta 1995 kertynyt lähes 30 000. Viruksen kantajia arvioidaan olevan noin 20 000. Tartunnan ollessa useimmiten oireeton on todennäköistä, että tartunnan saaneita ja kroonista infektiota sairastavia on arvioitua enemmän.

C-hepatiittitartuntoja voidaan ehkäistä

Tartuntojen vähentämisessä tärkeitä tekijöitä ovat tietoisuuden lisääminen, käytettyjen pistovälineiden vaihtomahdollisuus ja korvaushoito. Torjuntatoimet tulee suunnata ensisijaisesti riskiryhmiin eli ruiskuuhuumeiden käyttäjiin ja vankeihin. Ruiskuuhuumeiden käyttäjille tarkoitettuja matalan kynnyksen terveystieteiden tarjoavaa verkostoa tulee laajentaa ja palveluiden laatua tehostaa. Opioidikorvaushoidon tarjonnan alueellisia eroja tulee pienentää ja tarjontaa kasvattaa. Ennaltaehkäisevä työ käsittää myös toimivan hoitopolun testauksesta hoidon arvioon ja hoitoon. Testiin pääsy ja testimenetelmät tulee yhtenäistää ja kaikille taata esteetön testiin pääsy.

C-hepatiitti-infektio on hoidettavissa

Perinteinen interferonia sisältävä lääkehoito on Suomessa edelleen C-hepatiitin ensi linjan hoito. Uuden polven viruslääkkeet otetaan käyttöön, jos perinteinen hoito ei tehoa ja maksavaurio todetaan etenevän tai jos interferonihoidolle on vasta-aiheita ja maksavaurio on vakava. Aiemmin vasta-aiheiden vuoksi hoidon ulottumattomiin jääneet potilasryhmät, kuten ruiskuuhuumeiden käyttäjät, tulee jatkossa ohjata hoitoarvioon sairauden vaikeusasteen määrittämiseksi ja hoitaa uuden polven viruslääkkeillä, mikäli maksasairauden vaikeusaste sitä edellyttää ja potilas on motivoitunut hoitoon. Hoitokäytännöt tulee sopia yhtenäisiksi ja pääsy hoitoon tulee toteuttaa yhdenmukaisesti koko maassa.

Hoidon toteutuminen ei saa riippua kunnan koosta tai sen taloustilanteesta

Kustannussyistä hoito uusilla lääkkeillä on vielä tässä vaiheessa ensisijaisesti maksasairauden vaikeusasteen perusteella, sillä lyhyellä aikavälillä nämä potilaat hyötyvät hoidosta eniten. Pitkän aikavälin tavoitteena on kaikkien HCV-kantajien hoito maksavaurion asteesta riippumatta ja näin myös uusien tartuntojen ehkäisy. Uusien lääkkeiden kustannuksia pyritään rajoittamaan keskitetyillä hankinnoilla. Tasapuolisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi tulee luoda kansallinen järjestelmä

erityisten kalliiden lääkehoitojen osalta, jolloin yksittäisten kuntien sijaan laajempi organisaatio vastaa hoidon arvioinnista, ohjauksesta ja hankinnoista sekä kustannuksista. Hoidon laadun ja vaikuttavuuden seurannan turvaamiseksi tulee perustaa hoitorekisteri.

Sosiaali- ja terveysministeriö ohjaa strategian toteutumista

Vastuu strategian onnistuneesta toteutumisesta jakautuu useille toimijoille. Yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluu sosiaali- ja terveysministeriölle. Kansallisena asiantuntijalaitoksena toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kunnat huolehtivat alueensa asukkaiden tartuntatautien ehkäisystä ja terveysneuvonnasta sekä seuraavat alueensa tartuntatautilannetta. Toteutuessaan sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistus tulee muuttamaan nykyistä järjestelmää. Tartunnan saaneiden hoito on toistaiseksi keskitetty erikoissairaanhoidon. Uuden polven viruslääkkeiden käytön yleistyessä ruiskuhoitokäyttäjien hoidon integroiminen osaksi terveysneuvontapisteiden ja korvaushoitoklinikoiden sekä vankiloiden toimintaa tulee selvittää. Kansalaisjärjestöt toimivat kuntasektorin rinnalla keskeisessä roolissa ennaltaehkäisevässä työssä. C-hepatiittitartunnan saaneet ja ruiskuhoitokäyttäjien edustajat tulee tunnistaa toimijoiksi, joiden tiedot ja kokemukset pitää huomioida toiminnan suunnittelussa ja toteutuksessa.

Strategian onnistunut toteuttaminen vaatii lisäresursseja ja säännöllistä seuranta

Ehkäisevän toiminnan laajentaminen, testauksen tehostaminen, lääkehoidon indikaatioiden laajentaminen ja hoitorekisterin perustaminen sekä ylläpito vaativat huomattavat resurssit. Muutokset hoitolinjauksissa ja uusien lääkkeiden käyttö laajemmalle potilasryhmälle moninkertaistavat hoitoon tarvittavan rahoituksen. Haluttaessa vaikuttaa erityisesti vakavien maksavaurioiden ehkäisyyn ja hoitoon, on hoidon kohdistaminen potilaisiin, joilla maksavaurion aste on pidemmälle edennyt, taloudellisesti vaikuttavampaa kuin lievemmästä maksavaurioista kärsivien. Koska strategian pitkän aikavälin tavoitteena on kaikkien HCV-kantajien hoito maksavaurion asteesta riippumatta, ja muutokset uuden polven viruslääkkeiden hinnoittelussa ovat todennäköisiä, tulee strategian toteutumista seurata säännöllisesti perustamalla monialainen kansallinen C-hepatiitti asiantuntijatyöryhmä, joka myös vastaa strategiassa käsiteltyjen muutostarpeiden yksityiskohtaisesta selvitys- ja ohjeistustyöstä sekä aikataulutuksen suunnittelusta.

Suomen C -hepatiittistrategian tavoitteet

- uusien HCV-tartuntojen ennaltaehkäisy
- testaus- ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaistaminen koko maassa
- HCV-tartunnan saaneiden saattaminen kattavasti seurannan ja hoidon piiriin
- HCV-tartuntojen ja -tautilanteen seurannan tehostaminen
- HCV-hoidon seurantajärjestelmän luominen

Pitkän aikavälin tavoitteena on kaikkien HCV-kantajien hoito maksavaurion asteesta riippumatta

Asiasanat

C-hepatiitti, hepatiitit, strategiat, ennaltaehkäisy, terveydenhuoltojärjestelmä, testaus, suositukset, Suomi, tartuntataudit, riskiryhmät, terveysneuvonta, terveydenhuolto, hoito, potilaat, syrjintä, ihmis-oikeudet, hyvinvoinnin edistäminen

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2016:63

Muut tiedot
www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu)
ISBN 978-952-00-3845-8
URN:ISBN:978-952-00-3845-8
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3845-8>

Kokonaissivumäärä
28

Kieli
suomi

SISÄLLYS

| | | |
|-------|------------------------------------------------------------------------|----|
| 1 | Johdanto | 5 |
| 2 | Tiivistelmä | 7 |
| 3 | Taustaa | 9 |
| 3.1 | Hepatiitti C-virus Suomessa | 9 |
| 3.2 | C-hepatiittiin liittyvät strategiat, suositukset ja ohjeistukset | 10 |
| 4 | Tavoite | 12 |
| 5 | Keskeiset riskiryhmät ja ennaltaehkäisy | 13 |
| 5.1 | Tietoisuuden lisääminen | 13 |
| 5.2 | Ruiskuhuumeiden käyttäjät | 13 |
| 5.2.1 | Terveysneuvontapisteet | 13 |
| 5.2.2 | Opioidikorvaushoito | 14 |
| 5.2.3 | Testaus ja hoitoon ohjaus | 14 |
| 5.3 | Vangit | 14 |
| 5.3.1 | Neulojen ja ruiskujen vaihto | 14 |
| 5.3.2 | Opioidikorvaushoito | 15 |
| 5.3.3 | Testaus ja hoitoon ohjaus | 15 |
| 5.4 | Nuoret | 15 |
| 5.5 | Muut seurattavat ryhmät | 15 |
| 6 | Testaus | 17 |
| 6.1 | Hepatiitti C-infektion diagnostiikka | 17 |
| 6.2 | Testauksen tehostaminen | 17 |
| 7 | Hoito | 18 |
| 7.1 | Hoitoarvioon ohjaaminen | 18 |
| 7.2 | Hoitokriteerit | 18 |
| 7.3 | Hoidon toteuttaminen | 19 |
| 7.4 | Hoitorekisteri | 20 |
| 8 | Keskeiset toimijat | 21 |
| 9 | Seuranta ja tutkimus | 22 |
| 10 | Ohjeistuksen yhtenäistäminen | 23 |
| 11 | Rahoitus | 24 |
| 12 | Aikataulu | 25 |
| 13 | Kirjallisuutta | 26 |
| 14 | Strategiaryhmä | 28 |

1 JOHDANTO

Suomen C-hepatiittistrategian tavoitteena on vähentää C-hepatiitin aiheuttamaa sairastavuutta ja kuolleisuutta sekä uusia tartuntoja, asettaa tavoitteet testaus- ja hoitokäytäntöiden yhdenmukaistamiseksi ja tartunnan saaneiden saattamiseksi kattavasti hoidon arvion, seurannan ja hoidon piiriin, sekä arvioida tarvittavia resursseja. Strategian pitkän aikavälin tavoitteena on kaikkien C-hepatiitin kantajien hoito maksavaurion asteesta riippumatta ja näin myös uusien tartuntojen ehkäisy.

Suomessa arvioidaan olevan noin 20 000 hepatiitti C-viruksen kantajaa. Uusia tartuntoja todetaan vuosittain noin 1150. Keskeisin väestöryhmä on ruiskuhuumeita käyttävät, joista 75 %:lla arvioidaan olevan hepatiitti C-vasta-aineita. Myös uusien tartuntojen ilmaantuvuus on korkea -neljännes ruiskuhuumeita käyttävistä on saanut C-hepatiittitartunnan kahden vuoden kuluessa huumeidenpistokäytön aloittamisesta, ja yli puolet viidessä vuodessa. Koska puolet uusista tartunnoista todetaan nuorilla aikuisilla, on elämänaikaisen maksavaurion ja viruksen eteenpäin tartuttamisen riski suuri.

Uusia C-hepatiittitartuntoja on pyritty ehkäisemään kasvattamalla tietoisuutta viruksesta ja sen aiheuttamasta maksasairaudesta, tarjoamalla testausta tartuntariskissä oleville sekä vaihtamalla käytetyt pistovälineet puhtaisiin. Tartuntatautilaki on vuodesta 2004 lähtien velvoittanut kuntia järjestämään ruiskuhuumeita käyttäville suunnattua terveysneuvontaa mukaan lukien ruiskujen ja neulojen vaihto. Toimenpiteistä huolimatta uusien HCV-tartuntojen määrää ei ole saatu kääntymään laskuun. C-hepatiittistrategia käsittelee uusien tartuntojen ehkäisemiseksi tarvittavia tehostettuja toimenpiteitä.

C-hepatiittitartunnan varhainen toteaminen on tärkeää seurantaan ja hoitoon pääsemiseksi ja uusien tartuntojen ehkäisemiseksi. Vasta-ainetutkimus osoittaa, onko henkilö joskus saanut tartunnan. Tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voida määrittää, onko tartunnan saanut jäänyt pysyväksi C-hepatiitin kantajaksi vai onko hän spontaanisti parantunut infektiosta. Viruksen kantajien tunnistamiseksi positiivinen vasta-ainelöydös tulee aina varmistaa nukleinihappo-määrityksellä. Nykyisin vain kolmannes tehdyistä diagnooseista varmistetaan nukleinihappo-määrityksellä. Testauksen tueksi tulee laatia C-hepatiittistrategian mukainen ohjeistus.

C-hepatiitin lääkehoito on kehittynyt paljon viime vuosina. Hoidon tavoitteena on ollut C-hepatiitin pohjalta kehittyneen maksasairauden aiheuttaman sairastuvuuden ja kuolleisuuden vähentäminen. Suomessa hoidon vasta-aiheena on pidetty aktiivisia ruiskuhuumeiden tai runsasta alkoholin käyttöä, jonka seurauksena merkittävä osa tartunnan saaneista on jäänyt hoidon ulkopuolelle. Toisen polven C-hepatiittiviruslääkkeet ovat tehokkaita ja hyvin siedettyjä. Lisäksi niillä on merkittävästi vähemmän hoidon vasta-aiheita kuin interferonihoidolla, mikä mahdollistaa niiden käytön myös tilanteissa, joissa interferonin ja ribaviriinin yhdistelmähoitoa ei voida toteuttaa. Hoidon ensisijaisena tavoitteena on varmistaa, että vakavaa maksavauriota sairastavat tavoitetaan, ohjataan hoidon arvioon ja hoitoon. Hoidon laajentaminen mm. ruiskuhuumeita käyttäviin edellyttää uusia toimintamuotoja sekä aikaisempaa tehokkaampia käytäntöjä testauksen, tartunnan saaneiden seurannan ja hoidon arvion saralla.

Uusien lääkkeiden laajamittaisen käytön esteenä on niiden korkea hinta. Mahdollisuutta laajentaa toisen polven virusspesifisten C-hepatiittilääkkeiden käyttöä myös matalamman maksavaurion hoitamiseksi tulee tarkastella keskitettyjen lääkehankintojen yhteydessä.

Kattavamman hoidon toteutuessa uusia entistä innovatiivisempia toimintamuotoja tarvitaan hoidon järjestämiseksi. Onnistuneista hoitokäytännöistä on esimerkkejä maista, joissa hoito on jo laajennettu käsittämään kaikki kroonista C-hepatiittia sairastavat henkilöt riippumatta maksavaurion asteesta. Tämä on myös Suomen C-hepatiittistrategian pitkän aikavälin tavoite. Laajasti toteutettuna parantuneet edellytykset hoitaa C-hepatiittitartuntoja antavat mahdollisuuden yhdessä tehostetun tartuntojen ehkäisyn kanssa vaikuttaa Suomen C-hepatiitti epide-

miaan ja vähentää merkittävästi tulevaisuudessa C-hepatiitin aiheuttamaa tautitaakkaa ja sairastavuutta.

Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan alueelle tehdyn toimintasuunnitelma-luonnoksen mukaan kaikilla mailla pitäisi olla vuoteen 2018 mennessä arvio hoitoa tarvitsevista kroonista hepatiittia sairastavien määrästä. Vuonna 2020 diagnosoiduista lääkehoitoon soveltuvista C-hepatiittipotilaista 75 %:n tulisi saada tehokasta hoitoa ja vähintään 90 % hoidetuista tulisi saavuttaa hoitovaste.

Strategiassa on huomioitu uusimmat kansainväliset hoitokriteerit. Uusien toisen polven C-hepatiittiviruslääkkeiden myötä C-hepatiitin kansainväliset hoitosuosituksukset ovat olleet nopean muutosten kohteena ja odotettavissa on edelleen vuosittain uusiutuvia suosituksia.

Strategian onnistunut toteuttaminen edellyttää monialaisen työryhmän tekemää selvitys- ja ohjeistustyötä usealla eri osa-alueella, sekä huomattavia lisäresursseja. Selvitys- ja ohjeistustyö tulee aloittaa mahdollisimman pian ja sen toteutumista tulee seurata säännöllisesti.

Hyvä yhteistyö kaikkien sairaanhoitopiirien ja eri toimijoiden kesken on välttämätöntä, jotta asetetut tavoitteet saavutettaisiin. Toiminta tulee toteuttaa syrjintää ehkäisevällä tavalla ja C-hepatiittitartunnan saaneiden ja ruiskuhuumeita käyttävien edustajat tulee tunnistaa toimijoiksi, joiden tiedot ja kokemukset pitää huomioida toimintaa suunniteltaessa ja toteutettaessa.

2 TIIVISTELMÄ

C-hepatiitti on maksatulehdus, jonka aiheuttaa hepatiitti C -virus (HCV). Tartunta on yleensä oireeton. Tulehdus kroonistuu 70–80 %:lla kaikista tartunnan saaneista, ja he jäävät viruksen kantajiksi. Pitkällä aikavälillä krooninen C-hepatiitti aiheuttaa maksan sidekudoksen lisääntymistä ja johtaa pahimmillaan kirroosiin ja maksan vajaatoimintaan sekä altistaa maksasolusyövälle. Tartunta saadaan yleisimmin veritartuntana suonensisäisten huumeiden käytön seurauksena, kun C-hepatiittia sairastavan henkilön käyttämiä ruiskuja, neuloja tai muita käyttöön liittyviä tarvikkeita käytetään uudelleen. Tartunta on mahdollinen myös äidistä syntyvään lapseen ja sukupuoliteitse, sekä lääketieteellisten toimenpiteiden yhteydessä. Tartunnat muulla tavoin kuin pistovälineiden yhteiskäytön seurauksena ovat kuitenkin Suomessa harvinaisia.

C-hepatiittitartunta voidaan todeta verinäytteenä vasta-ainetutkimuksella. HCV vasta-aineita on merkinä aiemmin sairastetusta infektiosta myös spontaanisti parantuneilla henkilöillä joiden elimistössä ei enää ole virusta. Krooninen infektio todetaan osoittamalla viruksen nukleiinihappoa tutkittavan plasmasta. Suomessa tartunnan saaneiden tai kroonista HCV-infektiota sairastavien määrä ei ole tiedossa, koska taudin esiintyvyyttä ei ole väestötasolla tutkittu. Tartuntatautilaki velvoittaa lääkäreitä ja laboratorioita ilmoittamaan HCV-positiiviset testitulokset tartuntatautirekisteriin. Uusia ilmoituksia on vuosittain 1 100–1 200. Tapauksia on vuodesta 1995 kertynyt yli 29 000, joista viruksen kantajia arvioidaan olevan 20 000. Tartunnan saaneita ja kroonista infektiota sairastavia on todennäköisesti kuitenkin paljon enemmän, koska HCV tartunta on oireeton.

Hepatiitti C -virusta vastaan ei ole olemassa rokotetta. HCV- infektioita on mahdollista kuitenkin hoitaa lääkkeillä. Lääkehoidon tavoitteena on häätää virus pysyvästi elimistöstä ja estää maksavaurion kehittyminen ja siihen liittyvät komplikaatiot. Perinteinen interferonia sisältävä lääkehoito ei sovellu kaikille. Se on pitkäkestoinen (12–24 viikkoa), ja sillä on runsaasti sivuvaikutuksia. Se kuitenkin tehoaa erinomaisesti osaan HCV-genotyypeistä ja se on Suomessa edelleen C-hepatiitin ensilinjan hoito, jos hoidon vasta-aiheita ei ole.

Viime vuosina on kehitetty useita uuden polven viruslääkkeitä, jotka ovat tehokkaita ja paremmin siedettyjä, mutta erittäin kalliita. Hoitojakson hinta on tällä hetkellä edullisimmillaankin kymmeniä tuhansia euroja. Uudet lääkkeet otetaan käyttöön, mikäli perinteinen hoito ei tehoa ja maksavaurion todetaan etenevän, tai jos interferonihoidolle on vasta-aiheita ja maksavaurio on vakava. Kustannussyistä hoito uusilla lääkkeillä on tässä vaiheessa ensisijaistettu sairauden vaikeusasteen perusteella (huomattava maksafibroosi, maksan ulkoiset komplikaatiot), sillä lyhyellä aikavälillä nämä potilaat hyötyvät hoidosta eniten. Aiemmin vasta-aiheiden vuoksi hoidon ulkopuolelle jääneet potilasryhmät, kuten ruiskuhuumeiden käyttäjät, tulee jatkossa ohjata hoitoarvioon sairauden vaikeusasteen määrittämiseksi ja hoito aloittaa mikäli sairauden vaikeusaste sitä edellyttää ja potilas on motivoitunut hoitoon. Ehdottomia vasta-aiheita hoidolle ei uusien lääkkeiden myötä enää ole.

C-hepatiitin torjunta on viime vuosina noussut tärkeäksi tavoitteeksi useissa eri maissa, ja kansallisia toimintastrategioita on pantu täytäntöön. Uusien tartuntojen ehkäiseminen vähentää pitkällä aikavälillä sairastuvuutta vakaviin maksakomplikaatioihin ja niistä aiheutuvia hoitokuluja. Tartuntojen vähentämisessä tärkeitä tekijöitä ovat tietoisuuden lisääminen, käytettyjen pistovälineiden vaihtomahdollisuus ja korvaushoito. Lisäksi HCV-kantajien hoito maksavaurion asteesta riippumatta on tehokas keino ehkäistä uusia tartuntoja pitkällä aikavälillä. Tämä onkin Suomen C-hepatiittistrategian tulevaisuuden tavoite uusien lääkkeiden hintojen laskiessa.

HCV-epidemian torjunta vaatii toiminnan tehostamista useilla sektoreilla. Päähuomio tulee kiinnittää suurimmassa riskissä olevien tietoisuuden lisäämiseen, seulontaan, hoitoonohjaukseen ja hoitoon. Suomessa keskeisiä riskiryhmiä C-hepatiitin suhteen ovat ruiskuhuumeiden käyttäjät ja vangit. Torjunnan onnistumiseksi tulee matalan kynnyksen terveystaloudellisia tar-

joavaa verkostoa tiivistää ja palveluiden laatua tehostaa ja yhdenmukaistaa. Seulonnan tulee tavoittaa kaikki, joilla on joskus ollut riski saada HCV-tartunta. Kantajat tunnistavan nukleinihappo-osoituksen tulee olla tarjolla kaikille, joiden seulontanäyte on HCV-vastainepositiivinen. Kaikki tunnistetut kantajat on ohjattava hoitoarvioon. Hoitokäytännöt tulee sopia yhtenäisiksi ja hoito toteuttaa yhdenmukaisesti koko maassa. Ruiskuhuumeidenkäyttäjien ja vankien osalta hoitoketjun (testaus, hoitoarvio, hoito) integroimista osaksi terveysneuvontapisteiden, korvaushoitoklinikoiden ja vankiloiden toimintaa tulee selvittää.

Hoidon laadun ja vaikuttavuuden seurannan turvaamiseksi tulee perustaa hoitorekisteri. Uusien lääkkeiden kustannuksia tulee pyrkiä rajoittamaan keskitetyillä hankinnoilla. Useissa eurooppalaisissa maissa on tehty suuria hankintasopimuksia, joiden myötä hoitojakson hinta on laskenut nykyisestä. Riskiä on myös sopimusten myötä hajautettu yhteiskunnan ja lääketellisuuden kesken erilaisin riskisopimuksin.

Tasapuolisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi tulee luoda kansallinen järjestelmä erityisten kalliiden lääkehoitojen osalta, jolloin yksittäisten kuntien sijaan laajempi organisaatio vastaa hoidon arvioinnista, ohjauksesta ja hankinnoista. Näin kaikki HCV-potilaat ja kunnat, joiden alueella HCV-esiintyvyys on suuri, olisivat tasavertaisessa asemassa keskenään.

Suomen C –hepatiittistrategian tavoitteena on

- uusien HCV-tartuntojen ennaltaehkäisy
- testaus- ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaistaminen koko maassa
- HCV-tartunnan saaneiden saattaminen kattavasti seurannan ja hoidon piiriin
- HCV-tartuntojen ja -tautilanteen seurannan tehostaminen
- HCV-hoidon seurantajärjestelmän luominen

Pitkän aikavälin tavoitteena on kaikkien HCV-kantajien hoito maksavaurion asteesta riippumatta

Toimenpiteet strategiassa kuvattujen tavoitteiden saavuttamiseksi tulee käynnistää mahdollisimman pian. Liitteenä olevassa taulukossa on esitetty yhteenveto työryhmän ehdotuksesta toimenpideohjelmaksi.

3 TAUSTAA

Hepatiitti C on maksatulehdus, jonka aiheuttaa pääasiassa veren välityksellä tarttuva hepatiitti C-virus. Tartunta on mahdollinen myös sukupuoli- ja perinataalisesti äidistä lapseen mutta muut kuin veriteitse saadut tartunnat ovat harvinaisia¹.

HCV-infektioiden esiintyvyys vaihtelee Euroopassa 0,4–3,5 % välillä². Maailmanlaajuisesti korkean esiintyvyyden alueita ovat Keski- ja Itä-Aasia sekä Pohjois- ja Keski-Afrikka, joissa esiintyvyys arvioidaan olevan 3,5–10 %^{3,4}. Kaikkiaan HCV-tartunnan saaneita arvioidaan maailmassa olevan 115 miljoonaa joista Euroopassa 15–20 miljoonaa. Kroonista HCV-infektiota sairastavia arvioidaan maailmanlaajuisesti olevan 60–100 miljoonaa^{4,5}.

HCV-tartunnan saaneista 15–25 % saa oireisen maksatulehduksen. Infektio kroonistuu 70–80 %:lla tartunnan saaneista. Kroonisen tartunnan saaneilla HCV aiheuttaa tulehdusaktiiviteettia maksassa, minkä seurauksena maksa voi vaurioitua vähitellen pysyvästi. Noin 15 %:lle kantajista tulehdus aiheuttaa fibroosia, sidekudoksen lisääntymistä, joka edetessään johtaa osalla kantajista kirroosiin ja maksan vajaatoimintaan. Kantajista 1–3 % saa maksasolusyövän noin 20–40 vuoden kuluessa tartunnasta. Syöpä voi ilmetä jo ennen kuin maksan vajaatoiminta aiheuttaa oireita⁶. Lisäksi jopa yli puolella kroonista HCV-infektiota sairastavista todetaan insuliiniresistenssi, joka lisää riskiä sairastua diabetekseen ja sydänsairauksiin⁷.

C-hepatiittia vastaan ei ole toistaiseksi rokotetta, eikä tartuntaa voi ennaltaehkäistä passiivisella immunisaatiolla. Aiemmin sairastettu, parantunut tai hoidettu C-hepatiitti ei suojaa uudelta tartunnalta.

C-hepatiittia voidaan hoitaa lääkkein, jolloin tavoitteena on häätää virus pysyvästi elimistöstä maksavaurion, maksakirroosin ja siihen liittyvien komplikaatioiden ehkäisemiseksi. Kroonisen HCV-infektion hoitoon on perinteisesti käytetty interferonin ja ribaviriinin yhdistelmää. Lääkitys tehoa suureen osaan HCV-infektioista, mutta hoito on pitkä (12–24 viikkoa) ja sillä on runsaasti sivuvaikutuksia. Lisäksi hoidon vasta-aiheena on Suomessa pidetty suonensisäisten huumeiden tai runsasta alkoholin käyttöä sekä vaikeaa psyykesairautta. Tämän seurauksena merkittävä osa tartunnan saaneista on jäänyt hoidon ulkopuolelle. Muutaman viime vuoden aikana C-hepatiitin hoitoon on kehitetty uusia, tehokkaita ja hyvin siedettyjä suun kautta otettavia lääkkeitä. Näiden laajempaa käyttöönottoa on kuitenkin rajoittanut hyvin korkea hinta.

3.1 HEPATIITTI C-VIRUS SUOMESSA

Vuoden 2015 loppuun mennessä tartuntatautirekisteriin oli ilmoitettu yhteensä 28 323 HCV-tapausta. Todettujen tapausten perusteella kantajia on noin 20 000. Tartunnan saaneiden ja kroonista infektiota sairastavien määrä on todennäköisesti kuitenkin paljon suurempi, koska HCV-tartunta on usein oireeton. Arviota todellisesta määrästä ei ole, koska HCV:n esiintyvyyttä ei ole tutkittu Suomessa väestötasolla. Uusia tapauksia ilmoitetaan vuosittain noin 1150. Noin puolet tartunnan saaneista on tartunnan toteamishetkellä ollut alle 30-vuotiaita. Vuonna 2011 Suomessa hoidettiin yhteensä 300–400 kroonista HCV-infektiota.

Valtaosa tartuntatautirekisteriin ilmoitetuista tartunnoista on saatu suonensisäisten huumeiden yhteiskäytön kautta. Tartuntatapatio puuttuu noin 40 %:ssa ilmoituksista. Näidenkin

¹ Lappalainen M, Färkkilä M. Hepatiitti C (HCV). Kirjassa: Mikrobiologia, Kustannus Oy Duodecim, 2010.

² van de Laar M, Salminen M. European centre for disease prevention and control. Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: Prevalence, burden of disease and screening policies. ECDC 2010.

³ Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. *Clinical Microbiology and Infection* 2011; 17: 107-115

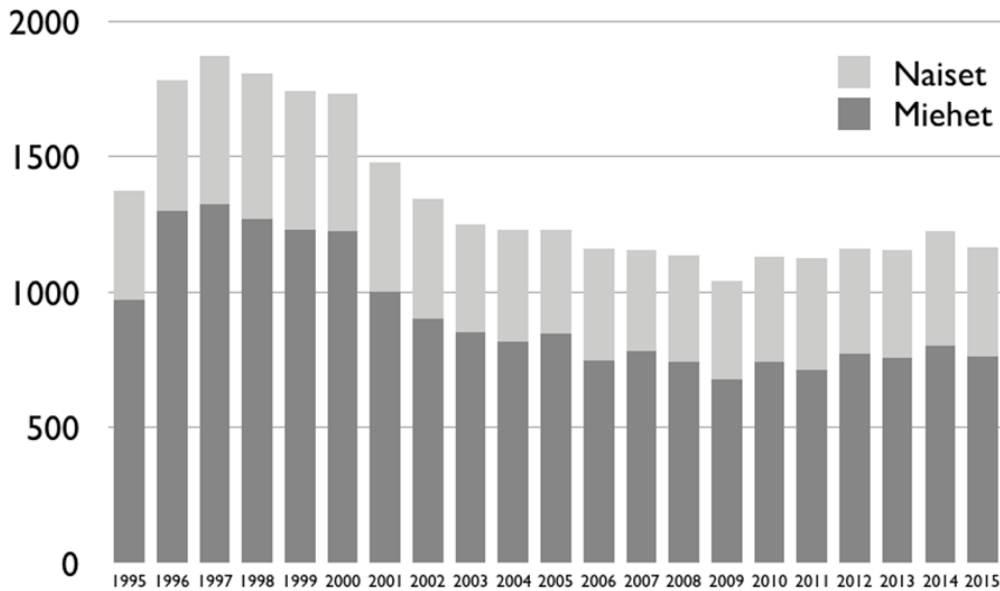
⁴ Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *J Hepatol* 2014; 61: S45-S57.

⁵ Negro F. Epidemiology of hepatitis C in Europe. *Digestive and Liver Disease* 2014; 46, Supplement 5: S158-S164.

⁶ Färkkilä M. C-hepatiitti. Kirjassa: Gastroenterologia ja hepatologia, Kustannus Oy Duodecim, 2013.

⁷ Sillanpää M, Huovinen E, Virtanen MJ, et al. Hepatiitti C -virusinfektioiden seuranta Suomessa vuosina 1995–2013. 2014.

tartuntojen oletetaan liittyvän pääosin ruiskuhuumeiden käyttöön. Seksin välityksellä saatuja tartuntoja on vuosittain ilmoitettu alle 1 % kaikista tartunnoista. Verenluovuttajien ja äidistä lapsen tapahtuneita tartuntoja on ilmoitettu vuosittain vain muutamia. Miesten osuus kaikista tartunnoista on ollut noin kaksi kolmasosaa. Tartuntatautirekisteriin ilmoitettujen HCV-tartuntojen määrä on vaihdellut huomattavasti alueittain.



Tartuntatautirekisteriin vuosittain 1995–2015 ilmoitetut hepatiitti C-tapaukset

HCV:n esiintyvyyttä Suomessa eri väestöryhmissä on tutkittu otoksilla. Suonensisäisiä huumeita käyttävien keskuudessa HCV-vasta-aineiden esiintyvyyden arvioidaan olevan yli 70 %. Myös tutkittujen vankien keskuudessa HCV-tartunta on hyvin yleinen; vuonna 2006 naisvangeilla 56 % ja miesvangeilla 47 %⁸. Raskaana olevilla naisilla esiintyvyys on ollut matalaa, mutta kasvanut vuodesta 1985 vuoteen 2010 0,2 %:sta 0,7 %:iin.

Tartuntatautirekisteriin ilmoitetuista HCV-tartunnan saaneista henkilöistä 17 % on kuollut⁷. HCV-diagnoosin saaneilla esiintyy runsaasti ylikuolleisuutta nuoruudessa ja keski-ikässä. Tästä suurin osa selittyy tapaturmaisilla kuolemilla. Myös ruuansulatuselinten ja verenkiertoelinten sairauksiin sekä kasvaimiin liittyvät kuolemat ovat yliedustettuja HCV-tartunnan saaneilla.

Suomessa vastuu HCV-infektion seulonnasta on perusterveydenhuollolla (kunnat). Nykyisin hoitoarvio ja hoito toteutetaan erikoissairaanhoidossa (sairaanhoitopiirit), gastroenterologian tai infektiotauteihin erikoistuneiden lääkäreiden toimesta.

3.2 C-HEPATIITTIIN LIITTYVÄT STRATEGIAT, SUOSITUKSET JA OHJEISTUKSET

Australia's Fourth National Hepatitis C Strategy 2014-2017

Hepatitis B and C, An action plan for saving lives in Europe (ELPA)

Hepatitis C Action Plan for Scotland: Phase II: May 2008 - March 2011

Blood Borne Viral Hepatitis Action Plan for Wales 2010-2015

⁸ Joukamaa M, Aarnio J, von Gruenewald V, et al. Rikosseuraamusasiakkaiden terve-ys, työkyky ja hoidontarve. 2010.

Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region, Draft September 2016

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/318320/European-action-plan-HS-viral-hepatitis.pdf?ua=1

WHO: Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021

<http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>

WHO Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection, Updated version, April 2016

<http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/>

EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. (2016).

<http://www.easl.eu/medias/cpg/HCV2016/English-report.pdf>

AASLD/IDSA Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C (2016)

<http://hevguidelines.org/>

Plan national de lutte contre les Hépatites B et C 2009–2012. Direction general de la Santé, Ministère de la Santé et des Sports.

Nasjonalt strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser (hepatitter). (2016)

https://www.regjeringen.no/contentassets/01ae25a0b880457c9d2cf2b16cc5908d/nasjonalt_strategi_for_arbeidet_mot_virale_leverbetennelser.pdf

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Guidelines for testing HIV, viral hepatitis, and other infections in injecting drug users: a manual for provider-initiated medical examination, testing and counseling. EMCDDA manuals. Lisbon: EMCDDA; 2010.

European Centre for Disease Prevention and Control and Drug Addiction. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm: ECDC; 2011.

WHO Global Health Sector Strategy on Viral Hepatitis 2016-2021

Treatment of hepatitis C virus infection for adults and children: Updated Swedish consensus recommendations. Infectious Diseases, 2015.

<http://dx.doi.org/10.3109/23744235.2015.1113438>

Integrated Strategy for HIV, Hepatitis B and C and Other Sexually Transmitted Infections. Federal Ministry of Health, Germany, 2016.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2016), Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, EMCDDA Insights 23, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/hepatitis-c-among-drug-users-in-europe>

4 TAVOITE

Suomen C –hepatiittistrategian tavoitteena on

- uusien HCV-tartuntojen ennaltaehkäisy
- testaus- ja hoitokäytäntöjen yhdenmukaistaminen koko maassa
- HCV-tartunnan saaneiden saattaminen kattavasti seurannan ja hoidon piiriin
- HCV-tartuntojen ja -tautilanteen seurannan tehostaminen
- HCV-hoidon seurantajärjestelmän luominen

5 KESKEISET RISKIRYHMÄT JA ENNALTAEHKÄISY

Ennaltaehkäisevä toiminta tulee suunnata ensisijaisesti riskiryhmiin, joissa C-hepatiitin esiintyvyys ja ilmaantuvuus on suuri. Tutkimusten perusteella keskeisiä väestöryhmiä Suomessa ovat ruiskuhuumeita käyttävät ja vangit. Yli puolet uusista tartunnoista todetaan alle 30-vuotiailla. Asenteet yhteiskunnassa ja lainsäädäntö vaikuttavat ennaltaehkäisevän työn onnistumiseen. Ennaltaehkäisevä työ käsittää tämän otsikon alle kirjattujen asioiden lisäksi toimivat hoitopolut testauksesta hoidon arvioon ja hoitoon. Hoitoa ja sen ensisijaistamista käsitellään omassa kappaleessaan myöhemmin tässä strategiassa.

5.1 TIETOISUUDEN LISÄÄMINEN

Riittävät tiedot HCV-tartunnasta ja sen aiheuttamasta maksatulehduksesta ovat välttämätön edellytys ehkäisevän työn onnistumiselle. Tietoa tarvitsevat erityisesti riskiryhmiin kuuluvat, heidän kanssaan työskentelevät ja terveydenhuollon ja sosiaalialan henkilöstö. Myös tartunnan saaneet ja heidän omaisensa tarvitsevat tietoa sairaudesta, elintapojen vaikutuksesta sen etenemiseen, jatkotartuntojen ehkäisystä, ja hoitomahdollisuuksista. Tietoa tulee saada helposti ja ymmärrettävässä muodossa.

Riskiryhmille voidaan välittää tietoa eri viestintäkanavien kautta suunnattujen tietoiskujen tai kampanjoiden avulla. Viestinnässä tulee hyödyntää kohderyhmän suosimia kanavia. Kampanjoinnissa on tärkeää kiinnittää huomiota siihen, ettei tartuntaan liittyvää leimautumista lisätä. Kampanjoinnin tavoitteena on lisätä paitsi yleistä tietämystä taudista, myös yksilön tietämystä omasta tilanteestaan, joka toteutuu erityisesti riskiryhmien kohdalla kannustamalla testaukseen ja tarjoamalla esteetön pääsy testiin.

Terveydenhuolto- ja sosiaalialan ammattilaisten koulutusta C-hepatiittiin liittyen tulee lisätä varsinkin riskiryhmien, erityisesti huumeidenkäyttäjien parissa työskenteleville, sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon henkilökunnalle. Nuorten tietoisuutta HCV:sta ja siltä suojautumisesta voidaan lisätä osana koulujen terveystieteiden opetusta.

5.2 RUISKUUHUMEIDEN KÄYTTÄJÄT

Suomessa arvioidaan olevan noin 21 000 amfetamiinien ja opioidien ongelmakäyttäjää⁹, joista arviolta noin 16 000 käyttää huumeita pistämällä. Ruiskuhuumeiden käytön keskimääräinen aloitusikä Suomessa on 18 vuotta. Ryhmä on kuitenkin varsin heterogeeninen, ja lisäksi ruiskuhuumeilla on myös satunnaiskäyttäjiä.

5.2.1 Terveysneuvontapisteet

Tartuntatautilaki on vuodesta 2004 lähtien velvoittanut kuntia järjestämään ruiskuhuumeiden käyttäjille suunnattua terveysneuvontaa. Vuonna 2016 terveysneuvontapisteitä oli 33 eri kunnan alueella yhteensä 39. Kiinteiden pisteiden lisäksi käytössä oli kolme liikkuvaa yksikköä. Terveysneuvontapisteissä asioi noin 60 % arvioituista 16 000 ruiskuhuumeiden käyttäjästä. Terveysneuvontapisteissä tarjotaan muun muassa mahdollisuus HIV- ja hepatiittitesteihin, maksuttomiin A- ja B-hepatiittirokotuksiin, sekä käytettyjen neulojen ja ruiskujen vaihtoon. Vaihdetun käyttövälineiden määrä on ollut kasvussa. Uusien HCV-tartuntojen määrä ei kuitenkaan ole kääntynyt laskuun, johtuen korkeasta C-hepatiitin esiintyvyydestä ruiskuhuumeiden

⁹ Varjonen V. Huumetilanne Suomessa 2014. THL-raportti 1/2015.

meiden käyttäjillä - jo satunnainenkin ruiskujen, neulojen ja muiden pistotarvikkeiden yhteiskäyttö ylläpitää epidemiaa.

Terveysneuvontapisteiden palveluiden saatavuuden välillä on alueellisia eroja ja toiminta on keskittynyt Etelä-Suomeen. Lisäksi Palveluiden laajuus vaihtelee terveysneuvontapisteiden välillä, kattavat palvelut ovat tarjolla vain osassa pisteitä. Verkostoa tulee edelleen laajentaa, vaihdettavien pistotarvikkeiden määrää kasvattaa sekä tarkastella mahdollisuutta korvata vaihdettavat ruiskut kertakäyttöisillä, jotta yhteiskäytöstä johtuvia tartuntoja voitaisiin paremmin estää. EU-tasolla on myös viime aikoina painotettu matalan kynnyksen sosiaali- ja terveysneuvontapisteiden tärkeyttä hoitoon ohjaamisessa, päihkeitä käyttävien naisten aseman parantamista sekä korvaushoidon tuomista osaksi palveluita.

5.2.2 Opioidikorvaushoito

Opioidikorvaushoidon on osoitettu vähentävän HCV-tartuntoja. Päihdehuolto tarjoaa lääkkeellistä korvaushoitoa niille opioidiriippuvaisille, jotka eivät ole onnistuneet vieroittautumaan riippuvuudestaan muulla tavoin. Korvaushoidon piirissä oli vuonna 2015 noin 2 900 henkilöä käsittäen arviolta noin 20 % opioideja väärin käyttävistä. Korvaushoitojen tarjonta on viime vuosina kasvanut. Kasvu ei kuitenkaan ole ollut riittävää lisääntyneeseen tarpeeseen nähden. Korvaushoitojen tarjontaa edelleen kasvattaa ja alueelliset erot hoidon saatavuudessa pyrkiä poistamaan. Mahdollisuutta laajentaa C-hepatiitin hoito opioidikorvaushoidossa oleviin C-hepatiittia sairastaviin voidaan pilotoida. Kunnat ovat suurelta osin toteuttaneet korvaushoidon toteutumisen ostamalla palvelun muilta toimijoilta, kuten A-klinikka säätiöltä ja Helsingin Diakonissalaitokselta. Viime vuosien kilpailutukset ovat kaventaneet edellytyksiä hoitaa potilaita riittävän monipuolisesti mm. pistokäyttötymisen ja infektioiden osalta.

5.2.3 Testaus ja hoitoon ohjaus

Osassa terveysneuvontapisteitä on mahdollisuus HCV-vasta-ainetestaukseen. Jotta uusien tartuntojen ennaltaehkäisy ja jo tartunnan saaneiden hoitoarvioon ohjaaminen toteutuisivat hyvin, tulee testausta terveysneuvontapisteissä edelleen tehostaa ja laajentaa. Mahdollisuutta myös hoitoarvion ja hoidon toteuttamiseen terveysneuvontapisteissä tulee selvittää.

5.3 VANGIT

Vankien terveydentilaa vuosina 2005–2007 kartoittaneen tutkimuksen mukaan HCV-positiivisia miesvankeja oli 47 % ja naisvankeja 56 %⁸. Huumeiden käytöstä vankiloissa ei ole tarkkaa tietoa, mutta 2010 tehdyn kyselyn mukaan 49 % vangeista vastasi kärsivänsä päihdeongelmasta ja 1 % kertoi aloittaneensa ja 4 % jatkaneensa päihteiden käyttöä vankilaan tulon jälkeen. Vuonna 2009 tehdyssä lyhytaikaisvankeja koskevassa tutkimuksessa 42 % ilmoitti käyttäneensä joskus huumeita suonensisäisesti⁹.

5.3.1 Neulojen ja ruiskujen vaihto

Vankilassa ruiskuhuumeiden käyttäjien ei ole mahdollista vaihtaa käytettyjä pistovälineitä puhtaisiin. Vangeille jaetaan vankilaan tulon yhteydessä hygieniapakkaus joka sisältää mm. pistovälineiden puhdistamiseen soveltuvaa desinfektioainetta. Pistovälineiden puhdistamiseen soveltuvaa desinfiointiainetta on saatavilla myös vankilan poliklinikalla sekä yleisissä tiloissa anonyymisti. Puhdistusaineen puutteellinen käyttö voi synnyttää väärää turvallisuudentunnetta välineitä keskenään jakavien vankien keskuudessa. Ruiskujen ja neulojen vaihtoa on toteutettu vankiloissa mm. Sveitsissä, Saksassa ja Espanjassa¹⁰. Toiminta on vähitellen edelleen yleisty-

¹⁰ Rutter S, Dolan K, Wodak A, Heilpern H. Prison-based syringe exchange programs: A review of international research and program development 2001.

mässä maailmalla. Mahdollisuutta ruiskujen ja neulojen vaihtoon vankilaympäristössä voidaan selvittää.

5.3.2 Opioidikorvaushoito

Ennen vankeutta aloitettua opioidikorvaushoitoa jatketaan vankiloissa. Vankeusaikana tehtyjä arvioita korvaushoitoon pääsemiseksi on tehty vain muutamia. Johtuen lyhyistä vankeusajoista niitä ei kuitenkaan yleensä ole ehditty suorittaa.

5.3.3 Testaus ja hoitoon ohjaus

Vankiloissa tarjotaan kaikille vangeille mahdollisuutta HCV-vasta-ainetestiin. Testaus ja hoitoon ohjaus toteutuu yhteneväisesti vankiloiden ulkopuolella tapahtuvan toiminnan ja suositusten kanssa. Mahdollisuutta integroida hoitoarvio ja hoito vankiloihin tulee selvittää.

5.4 NUORET

Puolet uusista HCV-tartunnoista todetaan nuorilla aikuisilla. Odotettavissa olevan elinajan ollessa pitkä myös elämänaikaisen maksavaurion ja viruksen eteenpäin tartuttamisen riskit ovat suuret. Riskiä vielä lisää se, jos henkilö ei itse tiedä tartunnastaan.

Tällä hetkellä nuorten keskuudessa samaan aikaan lisääntyvä huumeiden käyttö ja tietämättömyys oireettomankin HCV-infektion vuosien kuluessa aiheuttamista maksavauroista voi johtaa nuorten sairastuvuuden lisääntymiseen lähivuosina. Kaikki huumeiden käyttäjät eivät ole ns. aktiivikäyttäjiä, vaan osa nuorista käyttää huumeita satunnaisesti, esimerkiksi juhliesaan. Infektion oireettomuuden vuoksi nuoret eivät tyypillisesti hakeudu testaukseen.

Riskikäyttäytymisen vähentämiseksi tietoisuuskampanjoiden olisi tärkeää tavoittaa myös satunnaiset käyttäjät. Erityisesti nuorille suunnattuja helposti saavutettavia testausmahdollisuuksia tulisi olla kampanjoiden yhteydessä tarjolla. Kampanjat on toteutettava kohderyhmälle ominaisella tavalla, ja niissä on kuuluttava asiantuntijoiden lisäksi tartunnan saaneiden ääni. Tällaisten kampanjoiden toteutus kustannustehokkaasti sopii erityisen hyvin yleishyödyllisten ja potilasjärjestöjen tehtäväksi, ja niille tulee taata riittävät resurssit.

5.5 MUUT SEURATTAVAT RYHMÄT

Tietyissä maahanmuuttajaryhmissä C-hepatiitin esiintyvyys on kantaväestöä suurempi. HCV ei kuulu pakolaisten ja turvapaikanhakijoiden infektiöseulonnan piiriin. HCV-testin tulisi kuitenkin sisältyä suuren esiintyvyyden maista tulevien turvapaikanhakijoiden terveystarkastukseen.

Seksityöntekijöiden keskuudessa HCV:n esiintyvyys on muuhun väestöön nähden suurempaa ja mahdollisuus matalan kynnyksen HCV-testaukseen tulee turvata. HCV-tartuntariski suojaamattomassa heteroseksikontaktissa on kuitenkin pieni, eikä epidemian laajeneminen tätä kautta ole todennäköistä.

Miehillä, joilla on seksiä miesten kanssa, on kuvattu Euroopassa enenevässä määrin HCV-tartuntoja. HCV-tartuntojen on tässä ryhmässä arveltu liittyvän seksipartnereiden lukumäärään sekä huumeiden käyttöön seksin yhteydessä. Suomessa ilmiöstä ei ole saatavilla ajantasaista tietoa ja nykytilanne tulee kartoittaa.

Raskaudenaikaiset HCV-tartunnat ovat otantatutkimuksen perusteella hieman lisääntyneet. HCV-seulonta ei kuulu Suomessa alkuraskauden infektiöseulontaan, toisin kuin harvinaisempien B-hepatiitin, syfiliksen ja hivin seulonta. Työryhmä ehdottaakin, että raskaudenaikaisen HCV-seulonnan tarpeellisuus arvioidaan.

Verenluovuttajien ja hiv-positiivisten henkilöiden HCV-tartuntojen toteaminen, seuranta ja hoitoon ohjaaminen toteutuu nykyisin tehokkaasti.

6 TESTAUS

Koska hepatiitti C -tartunta on useimmiten oireeton, on testaus ainoa keino saada tieto tartunnasta. Tartunnan varhainen toteaminen on tärkeää seurantaan ja hoitoon pääsemiseksi ja uusien tartuntojen ehkäisemiseksi. Tieto tartunnasta voi myös vaikuttaa tartunnan saaneiden elämäntapoihin esim. vähentämällä päihteiden käyttöä. Testauksen tulee perustua vapaaehtoisuuteen.

HCV-tartunta todetaan usein selviteltäessä maksa-arvojen poikkeavuutta tai riskiryhmiä seuloessa. WHO:n suositus seulonnasta kattaa seuraavat riskiryhmät (WHO 2016):

- henkilöt, joille on suoritettu kajoavia lääketieteellisiä tai hammaslääketieteellisiä toimenpiteitä olosuhteissa, joissa hygieniasta ei riittävästi huolehdittu
- henkilöt, jotka ovat saaneet verivalmisteita tai elinsiirron ennen vuotta 1990
- suonensisäisten ja intranasaalisten huumeiden käyttäjät
- henkilöt, joille on tehty tatuointeja tai lävistyksiä olosuhteissa, joissa hygieniasta ei riittävästi huolehdittu
- HCV-positiivisten äitien lapset
- HIV-positiiviset henkilöt
- vangit tai aiemmin vankilassa olleet

6.1 HEPATIITTI C-INFEKTION DIAGNOSTIIKKA

HCV-tartunta todetaan osoittamalla vasta-aineita tutkittavan verinäytteestä. Testattaville makсутonta HCV-vasta-ainetutkimus on saatavilla perusterveydenhuollossa, vankiloissa ja osassa terveysneuvontapisteitä.

Vasta-ainetutkimus osoittaa onko henkilö saanut HCV tartunnan. Sen perusteella ei kuitenkaan voida määrittää, onko tartunnan saanut jäänyt pysyväksi HCV:n kantajaksi vai onko hän spontaanisti parantunut infektiosta. Positiivinen vasta-ainelöydös tulee aina varmistaa nukleinihappo-määrityksellä mahdollisen kantajuuden selvittämiseksi, hoidon tarpeen arvioimiseksi ja seurannan järjestämiseksi.

6.2 TESTAUKSEN TEHOSTAMINEN

Tällä hetkellä testauskäytännöt (testiin pääsy, testimenetelmät) vaihtelevat eri alueilla. Käytännöt tulee yhtenäistää ja kaikille taata esteetön pääsy testiin. Testaus tarjoaa myös hyvän mahdollisuuden keskusteluun riskien välttämiskeinoista ja yleisen HCV-tietoisuuden lisäämiseen.

Koska testaus on vapaaehtoisuuteen perustuvaa, on tietoisuuden kasvattaminen paras tapa lisätä testissä käyntiä. Ruiskuhuumeita käyttävät ovat keskeisin riskiryhmä. Koska pelko leimautumisesta tähän ryhmään nostaa kynnystä hakeutua testiin perusterveydenhuollossa, tulee ruiskuhuumeita käyttäville tarjota mahdollisuus testaukseen terveysneuvontapisteissä. Myös vankiloissa tehtävää HCV-testausta voidaan tehostaa. Pikatestit mahdollistavat testaamisen entistä laajemmin myös terveydenhuollon yksiköiden ulkopuolella.

Testauksen tehostuessa on todennäköistä, että hoitoarvion ja hoidon tarve kasvaa huomattavasti. Tämä tulee huomioida resursseja kohdennettaessa.

7 HOITO

Hoidon tavoitteena on parantaa HCV-infektio kirroosin, maksan vajaatoiminnan ja maksasolusyövän sekä maksan ulkoisten tauti-ilmentymien ehkäisemiseksi ja C-hepatiitin aiheuttamien kuolemien vähentämiseksi.

7.1 HOITOARVIOON OHJAAMINEN

Hoitoarvio tulee tehdä kaikille HCV-kantajille. Suomessa arviota ei ole tehty jos hoidolle on ollut vasta-aiheita, kuten suonensisäisten huumeiden tai runsas alkoholin käyttö. WHO:n suositus¹¹ kuitenkin linjaa, että kaikki HCV-kantajat, myös huumeita käyttävät, tulee ohjata hoitoarvioon maksatilanteen kartoittamiseksi. Hoitopäätös tehdään aina yksilöllisesti huomioiden potilaan muut sairaudet ja maksasairauden vaikeusaste sekä potilaan hoitomyöntyvyys.

7.2 HOITOKRITEERIT

Vuoden 2014 jälkeen on C-hepatiitin hoitoon saatu yhteensä seitsemän uutta interferonivapaa- ta lääkettä tai lääkeyhdistelmää. Uusien lääkkeiden myötä hoidosta on julkaistu useita suosituksia (WHO 2016¹¹, EASL 2016¹², AASLD/IDSA 2016¹³). Uudet lääkkeet mahdollistavat hoidon myös potilaille, jotka ennen jäivät vasta-aiheiden vuoksi hoidon ulkopuolelle. European Association for the Study of the Liver (EASL) ottaa suosituksissaan selkeästi kantaa hoidon aiheisiin¹². Hoitoa on viipymättä harkittava seuraaville kroonista HCV-infektiota sairastaville potilasryhmille:

- merkittävä C-hepatiittiin liittyvä maksasairaus:
 - selvästi lisääntynyt maksan sidekudos: fibroosi (F2-F3) tai kirroosi (F4)
 - kirroosiin liittyvä maksan vajaatoiminta
- maksansiirtoa odottavat
- maksansiirron jälkeen uusiutunut C-hepatiitti
- merkittävä maksan ulkoinen sairaus (esim. kryoglobulinemiaan liittyvä vaskuliitti, nefropatia, non-Hodgkin -lymfooma)
- henkilöt joilla on riski tartuttaa virusta edelleen
 - huumeidenkäyttäjät
 - miehet joilla on seksiä miesten kanssa ja joilla on tartuntariskiä lisäävää käytäytymistä
 - raskautta toivovat/suunnittelevat
 - hemodialyysipotilaat
 - vangit

Tällä hetkellä Suomessa C-hepatiitin ensisijaisena hoitona on interferoni ja ribaviiri, ja hoito uusilla interferonivapailla yhdistelmillä on suunnattu ensisijaisesti potilaille, joilla on todettu HCV:n aiheuttama maksavaurio (fibroosiaste F3 tai F4, tai merkittävä tulehdus ja fibroosiaste F2) tai merkittävä maksan ulkoinen tauti-ilmentymä, eikä hoidolle ole vasta-aiheita.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea on arvioinut laskentamallilla miten erilaiset hoitolinjaukset, käytettäessä myös ruiskuhoiteita käyttäville soveltuvia uusia toisen

¹¹ WHO Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepa-titis C infection, Updated version, April 2016

¹² EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. (2016)

¹³ AASLD/IDSA Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C. (2016)

polven virusspesifisiä C-hepatiittilääkkeitä, vaikuttaisivat C-hepatiitin kantajien lukumäärään sekä C-hepatiitin aiheuttamiin maksavaurioihin ja kustannuksiin¹⁴.

Arvion mukaan fibroosiasteissa F3 ja F4 hoitoasteen kasvattaminen kolmannekseen (33 %) kaikista kantajista laskee kantajien määrää noin kymmen prosenttia vuoteen 2030 mennessä, ja vähentää kirroosien F4 ja vakavampien maksasairauksien määrää merkittävästi. Kustannukset ovat vuonna 2016 30,2 miljoonaa ja laskevat 21,4 miljoonaan euroon vuonna 2030.

Jos hoitoastetta nostetaan 33 % fibroosiasteissa F2-F4, arvioidaan hepatiitti C viruksen kantajien lukumäärän laskevan hieman yli 15 % vuoteen 2030 mennessä. Fibroosiasteiden F2-F4 kantajien määrä kääntyy voimakkaaseen laskuun. Hoitokustannuksiksi arvioidaan vuonna 2016 48,5 miljoonaa ja vuonna 2030 22,4 miljoonaa euroa.

Kasvatettaessa hoitoastetta 33 % kaikissa fibroosiasteissa (F0-F4) kantajien määrä laskee jyrkästi, lähes 85 %, muutamaa tuhanteen kantajaan ja kaikkien fibroosiasteiden kantajien määrä kääntyy voimakkaaseen laskuun. Kustannukset olisivat vuonna 2016 211,9 miljoonaa euroa ja vuonna 2030 26,1 miljoonaa. Hoitamalla myös oireettomat kantajat estetään uusia tartuntoja, mikä mahdollistaa tautitaakan vähentämisen. Taudin epidemiologiaan vaikuttaminen näyttäisi edellyttävän erittäin suurta taloudellista panostusta.

Vakavampien maksavaurioiden vähentämiseen riittää hoidon kohdentaminen ja lisääminen potilailta, joilla on kohtalainen tai vakava (kirroosi) C-hepatiittiin liittyvä maksavaurio. Puhtaasti taloudellisesta näkökulmasta katsottuna maksavaurioiden vähenemisestä syntyvä säästö hoidon kustannuksissa ei kuitenkaan riitä kattamaan lääkehoidon kustannuksia.

Suomen C-hepatiitti strategian pitkän aikavälin tavoitteena on HCV-infektion häätö kaikilta kantajilta, mikä on mahdollista vasta lääkkeiden hinnan laskiessa huomattavasti.

7.3 HOIDON TOTEUTTAMINEN

Koska Suomessa ei vielä ole C-hepatiitin Käypä hoito -suositusta, on näkökulma kansalliseen hoitosuositukseen kuvattu alla.

Akuutin C-hepatiitin hoito tulee harvoin kyseeseen. Jopa puolet akuuttia C-hepatiittia sairastavista paranee ilman hoitoa, joten oireiden salliessa yleensä odotetaan noin kolme kuukautta ennen hoidon aloitusta.

Kroonisen C-hepatiitin hoitoon käytetään Suomessa edelleen ensisijaisesti pegyloidun interferonin ja ribaviriinin yhdistelmää genotyypistä riippumatta. Pysyvä hoitovaste (HCV-nukleinihappo mittaamattomissa 12 viikkoa hoidon lopetuksesta) saavutetaan perinteisellä hoidolla lähes kaikilla, joilla virusmäärä on mittaamattomissa neljän viikon hoidon jälkeen. Mikäli hoitovastetta ei saada neljässä viikossa tai pegyloidun interferonin ja ribaviriinin käytölle on vasta-aiheita ja uusien lääkkeiden käyttö on perusteltua sairauden vaikeusasteen perusteella (F2-F4), aloitetaan hoito potilaan HCV-genotyypin mukaisesti toisen polven virusspesifisellä lääkeyhdistelmällä.

Uusilla lääkkeillä on merkittävästi vähemmän vasta-aiheita ja sivuvaikutuksia kuin perinteisellä lääkehoidolla, mikä mahdollistaa mm. huumeidenkäyttäjien hoidon. Maksasairauden vaikeusaste tulee jatkossa määrittää myös tässä ryhmässä, kun HCV-kantajuus todetaan. Jos hoitokriteerit täyttyvät sairauden vaikeusasteen perusteella ja henkilö kykenee sitoutumaan hoitoon, tulee hoito ja tarvittavat tukitoimet sen onnistumiseksi aloittaa. Maksasairauden vaikeusasteen ollessa lievempi tulee myös huumeidenkäyttäjille järjestää seuranta ja heidän tilanteensa tulee arvioida säännöllisesti uusimpien hoitosuositusten määrittämällä tavalla.

Riskiryhmille räätälöityjä hoitopolkuja tulee kehittää, jotta hoitoon ohjaus, hoitoarvio, hoito ja seuranta toteutuvat myös heidän osaltaan mahdollisimman kattavasti. Mahdollisuus integroida ruiskuhoitovälineiden käyttäjien hoitoarvio ja hoito jo olemassa olevien palveluiden yhtey-

¹⁴ Oravilahti T, Kiviniemi V, Laine J, Härkönen U. C-hepatiitin uudet lääkehoidot ja hoitolinjausten vaikutukset Suomessa. Fimea kehittää, arvioi ja informoi -julkaisusarja 7/2016

teen (mm. terveysneuvontapisteet, korvaushoito) ja vankien osalta vankiloihin tulee selvittää. Tämän tyyppisestä toiminnasta on saatu hyviä kokemuksia mm. Skotlannissa¹⁵ ja meillä Suomessa hoidettaessa hiv-positiivisia huumeiden käyttäjiä.

7.4 HOITOREKISTERI

Toistaiseksi maassamme ei ole yhtenäistä hoitorekisteriä C-hepatiittipotilaille. Osalla hoitavista yksiköistä on omat hoidon seurannan rekisterinsä. Hoidon kustannukset ja kasvavat potilasmäärät huomioiden yhtenäinen kansallinen C-hepatiitin hoitorekisteri tulee toteuttaa mahdollisimman pian. Rekisterin avulla on mahdollista seurata hoidon laatua ja vaikuttavuutta, ennakoida hoidon tarvetta ja seurata hoitoketjun toimivuutta mm. niiden potilaiden osalta, joiden hoitoa nyt siirretään.

¹⁵ Hutchinson SJ, Dillon JF, Fox R, et al. Expansion of HCV treatment access to people who have injected drugs through effective translation of research into public health policy: Scotland's experience. *International Journal of Drug Policy* 2015; 26: 1041–1049

8 KESKEISET TOIMIJAT

C-hepatiitin torjunnan yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat Suomessa sosiaali- ja terveysministeriölle (STM). Kansallisena asiantuntijalaitoksena toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), joka vastaa infektion kansallisesta seurannasta ja osallistuu ehkäisyyn liittyviin interventioihin.

C-hepatiitti epidemian ehkäisyyn keskeisesti liittyviä tehtäviä on STM:n lisäksi monen muun ministeriön toimialueella. Esimerkkeinä tällaisista ovat opetus- ja kulttuuriministeriö (mm. kouluissa annettava opetus, ammattihenkilöstön koulutus), sisäministeriö (mm. maahanmuuttaja- ja kotouttamisasiat, huumeet). Tulevaisuudessa jaettu vastuu C-hepatiitin torjuntatyöstä tulee edelleen korostumaan, koska monet yhteiskunnassa tapahtuvat ja tapahtuneet muutokset, kuten maahanmuuton kasvu ja syrjäytymisen torjuminen, edellyttävät usean eri hallintoalan aktiivista panostusta.

Kunnilla on velvollisuus huolehtia alueensa asukkaiden tartuntatauti-ehkäisystä ja terveysneuvonnasta sekä seurata alueensa tartuntatautilannetta. Perusterveydenhuollon tehtävä painottuu hepatiitti C -tartuntojen mahdollisimman varhaiseen toteamiseen ja ennaltaehkäisevään työhön, jota tällä hetkellä toteutetaan mm. terveysneuvontapisteissä. Tartunnan saaneiden hoito on toistaiseksi keskitetty erikoissairaanhoidon. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistus tulee muuttamaan nykyistä järjestelmää. Hoidon laajentuessa käsittämään kaikki HCV-kantajat, eivät nykyiset resurssit riitä, ja on selvitettävä miten hoitoarvot ja hoito voidaan tehokkaasti toteuttaa. Hoidon integroiminen osaksi päihdepalveluiden, terveysneuvontapisteiden ja vankiloiden toimintaa toisi palvelut parhaiten suurimman kohderyhmän saataville. Integraation toteuttamiseksi vaaditaan riittävästi henkilökuntaa, lisäkoulutusta sekä resursseja.

Järjestökenttä toimii kuntasektorin rinnalla keskeisessä roolissa ennaltaehkäisevässä työssä: ruiskuumeita käyttäviin kohdennetussa neuvonnassa, testauksessa ja tukitoiminnassa. Niillä on pitkäaikainen kokemus väestöryhmien kohtaamisesta ja palveluiden järjestämisestä heille.

Lisäksi hepatiitti C-tartunnan saaneet ja ruiskuumeita käyttävien edustajat tulee tunnistaa tärkeiksi toimijoiksi, joiden tiedot ja kokemukset pitää huomioida toimintaa suunniteltaessa ja toteutettaessa.

9 SEURANTA JA TUTKIMUS

Tehokas ennaltaehkäisy edellyttää sekä epidemian että sen taustalla vaikuttavien tekijöiden tuntemusta. Tartuntatautirekisterin seurantatietojen lisäksi tulee C-hepatiitin esiintyvyyttä arvioida keskeisten väestöryhmien parissa tehtävillä tutkimuksilla. Tehokkaasti toteutettu seuranta mahdollistaa myös toteutettujen toimenpiteiden vaikuttavuuden arvioinnin.

C-hepatiitin hoidon laadun ja vaikuttavuuden seuraamiseksi tulee perustaa kansallinen hoitorekisteri, joka palvelee sekä paikallisesti kliinisessä työssä toimivia, että valtakunnallista seurantatyötä. Hoitorekisterin avulla on mahdollista arvioida tarkemmin C-hepatiittiin liittyvää tautitaakkaa ja kuolleisuutta yhdistämällä tietoja muihin kansallisiin rekistereihin.

10 OHJEISTUKSEN YHTENÄISTÄMINEN

Sekä kunnalliselle että kolmannen sektorin toteuttamalle testaukselle ja neuvonnalle tulee luoda toiminnan laadulliset kriteerit. Luomalla yhtenäinen ohjeistus sille, mitä palveluita ja missä mittakaavassa terveysneuvontatyön tulee sisältää, voidaan parhaiten taata toiminnan laatu ja tehokkuus.

Testauksen, hoitopolkujen ja hoidon toteutuksen yhtenäistämiseksi tulee monialaisen työryhmän laatia kansallinen ohjeistus potilastyötä tekeville ”Käypä hoito”-suosituksen muodossa.

11 RAHOITUS

Tässä strategiassa esille tuotuja muutostarpeita on tarpeen selvittää yksityiskohtaisemmin useilla osa-alueilla (Liite: taulukko) perustamalla monialainen kansallinen C-hepatiitti asiantuntija-työryhmä. Kullekin osa-alueen tavoitteelle tulee nimetä selkeä vastuutaho ja osoittaa tarvittava rahoitus.

Ehkäisevän toiminnan laajentaminen, testauksen tehostaminen ja hoitorekisterin perustaminen ja ylläpito vaativat resursseja. Muutokset hoitolinjauksissa ja uusien lääkkeiden käyttö laajemmalle potilasryhmälle moninkertaistavat diagnostiikkaan ja hoitoon tarvittavan rahoituksen. Nykyiset resurssit eivät riitä. On löydettävä uusia keinoja seulonnan, hoitoarvion ja hoidon toteuttamiseksi tehokkaasti.

Sveitsiläiset tutkijat arvioivat, että nykyisillä hoitolinjauksilla (hoito osalle potilaista vasta jos huomattavat maksamuutokset, huumeiden käyttäjät hoidon tavoittamattomissa) vakavien komplikaatioiden aiheuttama tauti- ja kustannustaakka tulee lisääntymään vielä ainakin seuraavat 15–20 vuotta. Hoitamalla kantajat laajemmin voidaan vakavien komplikaatioiden ilmaantuvuus kääntää nopeasti laskuun, jolloin niistä aiheutuvan tautitaakan on arvioitu 15–20 vuoden päästä olevan selvästi matalampi kuin nykyisellä hoitolinjauksella saavutetusta¹⁶.

Useissa eurooppalaisissa maissa on jo päätetty huomattavista investoinneista ja tehty ostosopimuksia uusilla lääkkeillä annettavista hoidoista. Keskitetyillä kilpailutuksella ja riskinjakosopimuksilla yhteiskunnan ja lääketeollisuuden välillä on saavutettu merkittävä hinnan alennus mahdollistaen isompien, uusien potilasryhmien hoidon. Myös Suomessa tulee toteuttaa keskitetty koko maan kattava lääkkeiden hankinta. Hintojen laskiessa on mahdollista saada suurempi osa HCV-kantajista lääkehoidon piiriin, millä voidaan rajoittaa myös viruksen leviämistä.

Tasapuolisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi tulee luoda kansallinen järjestelmä erityisten kalliiden lääkehoitojen osalta, jolloin yksittäisten kuntien ja vankiterveydenhuollon sijaan laajempi organisaatio vastaa hoidon arvioinnista, ohjauksesta ja hankinnoista sekä kustannuksista. Näin kaikki HCV-potilaat olisivat tasavertaisessa asemassa keskenään asuinpaikasta riippumatta.

Hoitorekisteri tulee kehittää palvelemaan niin klinikoiden kuin tutkijoiden tarpeita, ja sen tulee olla valtion rahoittama. Rekisterinpitäjälle tulee osoittaa tarvittavat resurssit.

Toimijoille tulee taata rahoitus pitkäjänteiseen toimintaan. Hankerahoitukseen perustuva rahoitusmalli sopii huonosti perustoiminnan, kuten matalan kynnyksen testauksen ja ennaltaehkäisyyn, sekä hoidon ja seurannan, toteuttamiseen.

Satunaisten ja säännöllisten päihteidenkäyttäjien ja muiden erityisryhmien piirissä tapahtuvan ennaltaehkäisevään ja työhön tulee varata riittävästi tukea yleishyödyllisille toimijoille valtion myöntämien tukien puitteissa, sillä niillä on pitkä kokemus ja osaaminen matalankynnyksen palveluiden järjestämisestä sekä avun tarvitsijoiden kohtaamisesta.

¹⁶ Müllhaupt B, Bruggmann P, Bihl F, et al. Modeling the health and economic burden of hepatitis C virus in Switzerland. PLoS ONE 2015; 10: e0125214.

12 AIKATAULU

C-hepatiittistrategian mukaisen Käypä hoito -suosituksen laatiminen tulee aloittaa viipymättä monialaisen työryhmän toimesta. Strategiassa käsiteltyjen muiden muutostarpeiden yksityiskohtainen selvitys- ja ohjeistustyö sekä aikataulut (hoitorekisterin perustaminen, kansallisen C-hepatiittilääkehoitojen hankintaa koskevan järjestelmän luominen, ennaltaehkäisy, hoito ja seuranta) (taulukko) voidaan parhaiten toteuttaa perustamalla monialainen kansallinen C-hepatiitti asiantuntijatyöryhmä.

Esivaiheen tavoitteena on laajentaa hoito vuoden 2018 aikana korvaushoidossa oleviin hoitokriteerit täyttäviin C-hepatiittia sairastaviin hyvien toimintamallien luomiseksi ja rahoitusmahdollisuuksien arvioimiseksi.

Työryhmä raportoi säännöllisesti tehdyistä toimenpiteistä ja strategian etenemisestä sosiaali- ja terveys ministeriölle sekä vastaa strategian päivittämisestä.

Liitteenä olevaan taulukkoon on koottu lista tarvittavista toimenpiteistä ja selvityksistä.

13 KIRJALLISUUTTA

- 1) Lappalainen M, Färkkilä M. Hepatiitti C (HCV). Kirjassa: Mikrobiologia, Kustannus Oy Duodecim, 2010.
- 2) van de Laar M, Salminen M. European centre for disease prevention and control. Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: Prevalence, burden of disease and screening policies. ECDC 2010.
- 3) Lavanchy D. Evolving epidemiology of hepatitis C virus. *Clinical Microbiology and Infection* 2011; 17: 107-115.
- 4) Gower E, Estes C, Blach S, Razavi-Shearer K, Razavi H. Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *J Hepatol* 2014; 61: S45-S57.
- 5) Negro F. Epidemiology of hepatitis C in europe. *Digestive and Liver Disease* 2014; 46, Supplement 5: S158-S164.
- 6) Färkkilä M. C-hepatiitti. Kirjassa: Gastroenterologia ja hepatologia, Kustannus Oy Duodecim, 2013.
- 7) Sillanpää M, Huovinen E, Virtanen MJ, et al. Hepatiitti C -virusinfektioiden seuranta Suomessa vuosina 1995–2013. 2014.
- 8) Joukamaa M, Aarnio J, von Gruenewald V, et al. Rikosseuraamusasiakkaiden terveys, työkyky ja hoidontarve. 2010.
- 9) Varjonen V. Huumetilanne Suomessa 2014. THL-raportti 1/2015.
- 10) Rutter S, Dolan K, Wodak A, Heilpern H. Prison-based syringe exchange programs: A review of international research and program development 2001.
- 11) WHO Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection, Updated version, April 2016 <http://www.who.int/hepatitis/publications/hepatitis-c-guidelines-2016/en/>
- 12) EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C. (2016). <http://www.easl.eu/medias/cpg/HCV2016/English-report.pdf>
- 13) AASLD/IDSA Recommendations for testing, managing, and treating hepatitis C. (2016) <http://hevguidelines.org/>
- 14) Oravilahti T, Kiviniemi V, Laine J, Härkönen U. C-hepatiitin uudet lääkehoidot ja hoitolinjausten vaikutukset Suomessa. Fimea kehittää, arvioi ja informoi - julkaisusarja 7/2016
- 15) Hutchinson SJ, Dillon JF, Fox R, et al. Expansion of HCV treatment access to people who have injected drugs through effective translation of research into public health policy: Scotland's experience. *International Journal of Drug Policy* 2015; 26: 1041-1049

- 16) Müllhaupt B, Bruggmann P, Bihl F, et al. Modeling the health and economic burden of hepatitis C virus in switzerland. PLoS ONE 2015; 10: e0125214.

14 STRATEGIARYHMÄ

Sari Ekholm, Sosiaali- ja terveysministeriö, Puheenjohtaja

Henrikki Brummer-Korvenkontio, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, sihteeri

Martti Färkkilä, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Pertti Happonen, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus FIMEA

Jukka Heikkinen, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymä

Sari Högström, Munuais- ja maksaliitto

Juha Kempinen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri

Markku Kuusi, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Jaana Leipälä, Sosiaali- ja terveysministeriö

Urpo Nieminen, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Kaarlo Simojoki, A-klinikkasäätiö

Emmi Sarvikivi, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Terhi Wuolijoki, Vankiterveydenhuolto

Taulukko tarvittavista toimenpiteistä ja selvityksistä

| Tavoite | Kohde | Toimenpiteet | Mittari |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ennaltaehkäisy | | | |
| Tietoisuuden lisääminen | Väestö Terveydenhuollon ammattilaiset Riskiryhmät Nuoret | Kohdennetut kampanjat Terveyskasvatus | <i>Muutos HCV-tietoisuudessa Muutos testausmäärissä Muutostartuntatautirekisteri ilmoituksissa</i> |
| Terveysneuvontapisteiden (TNP) palveluiden vahvistaminen | Ruiskuhuumeita käyttävät | Toiminnan ohjeistus Verkoston laajentaminen Testauksen tehostaminen Selvitys hoitoarvion ja hoidon integroimisesta toimintaan | <i>TNP määrän kasvu Muutokset TNP toimintatiedoissa (aukioloajat, vaihdettujen ruiskujen / neulojen määrän kasvu, muutos testausmäärissä) Vähentynyt pistovälineiden yhteiskäyttö Muutos HCV:n esiintyvyydessä ja ilmaantuvuudessa</i> |
| Tehostettu tartuntojen torjunta ja toteaminen vankiloissa | Vangit | Selvityspilotti pistotarvikkeiden vaihtomahdollisuudesta vankiloissa Testauksen tehostaminen HCV tietoisuutta lisäämällä Selvitys hoitoarvion ja hoidon integroimisesta toimintaan/ yhteistyöstä paikallisten toimijoiden sekä vankiloiden päihdetyötä tekevien kanssa | <i>Tehtyjen testien määrä Hoitoarvioiden määrä Pilotointiselvitysten valmistuminen</i> |
| Korvaushoidon tarjonnan laajentaminen | Opioidiriippuvaiset Vangit | Terveysneuvontapisteiden toiminnan alueellisten erojen poistaminen Matalan kynnyksen korvaushoittojen lisääminen Selvitys korvaushoittojen laajemmasta toteuttamismahdollisuuksista vankiloissa | <i>Korvaushoidossa olevien määrä</i> |
| Testauksen tehostaminen | Väestö Ruiskuhuumeita käyttävät Vankilat Raskaana olevat | Tietoisuuden lisääminen Pikatestauksen lisääminen Korkean esiintyvyyden alueelta tulevat maahanmuuttajat/turvapaikanhakijat Selvitys HCV-seulonnan tarpeesta osana äitiysneuvolan infektioseulaa | <i>TTR ilmoitusten määrä TNP tehtyjen testien määrä Vankilossa tehtyjen testien määrä Äitiysneuvolaseulaselvityksen valmistuminen</i> |
| Tartunnan varmistaminen nukleinihappotestillä | HCV-vasta-ainepositiiviset | Diagnostiikan yhtenäistäminen Kansallinen ohjeistus osana C-hepatiitin Käypä hoito -suositusta Ohjeistuksen jalkauttaminen | <i>Tehtyjen RNA-testien määrä TTR:ssä</i> |
| Hoito | | | |
| Tehostettu hoidon arvioon ohjaaminen | HCV-tartunnan saaneet | Ohjeistus Hoitoarvio maksatutkimuksineen kaikille tartunnan saaneille | <i>Tehtyjen hoitoarvioiden määrä</i> |
| Tehokasta hoitoa kaikille tartunnan saaneille | HCV-tartunnan saaneet ruiskuhuumeiden käyttäjät | Hoitoon pääsy sairauden perusteella myös ruiskuhuumeiden käyttäjille Käypä hoito -suositus hoitopolusta ja hoidosta (hoitokriteerien päivitys) Selvitys hoitoarvion ja hoidon integroimisesta osaksi päihdehuoltoa, terveysneuvontapisteiden ja korvaushoitopalveluiden sekä vankiloiden toimintaa | <i>Hoitokriteerit täyttäneiden ja hoitoon päässeiden ruiskuhuumeiden käyttäjien määrä Käypä hoito -suosituksen valmistuminen Hoidon integrointiselvityksen valmistuminen</i> |
| Lääkehankinnat | Kunnat/Sairaanhoitopiirit | Keskitetty kilpailutus ja hankinta | <i>Yhteishankintaneuvotteluiden käynnistäminen ja eteneminen</i> |
| Seuranta | | | |
| Hoitorekisteri | Kliinikot STM THL | Perustaminen ja ylläpito Rekisterien yhdistämistutkimukset | <i>Rekisterin toteutumisen eteneminen</i> |
| Muutokset riskiryhmien tilanteessa | Palveluntuottajat THL | Poikkileikkaustutkimukset | <i>Käyttäjämäärät, testattujen määrä, HCV-esiintyvyys ja -ilmaantuvuus</i> |
| HCV-strategian seuranta | Kansallinen C-hepatiiti asiantuntijatyöryhmä | Osaselvitysten valmistumisen seuranta Suositusten ja strategian päivitys | <i>Vuosiraportointi strategian toteutumisesta</i> |